

253

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 14 Juin 1893, à 1 heure

PAR

DÉSIRÉ JOUVE

Né à Pistoia (Italie), le 5 Mai 1861.

DOCTEUR EN MÉDECINE DE L'INSTITUT SUPÉRIEUR DE FLORENCE.

DU

Prolapsus de l'Utérus et du Vagin

DANS LES KYSTES DE L'OVAIRE

Président : M. P. TILLAUX, professeur.

Juges : MM. {
PINARD.
RICARD.
VARNIER.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

4, Rue Antoine-Dubois, 4

1893



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552026_0048

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 14 Juin 1893, à 1 heure

PAR

DÉSIRÉ JOUVE

Né à Pistoia (Italie), le 5 Mai 1861.

DOCTEUR EN MÉDECINE DE L'INSTITUT SUPÉRIEUR DE FLORENCE.

DU

Prolapsus de l'Utérus et du Vagin

DANS LES KYSTES DE L'OVAIRE

Président : M. P. TILLAUX, professeur.

Juges : MM. {
PINARD.
RICARD.
VARNIER.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

4, Rue Antoine-Dubois, 4

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHEL.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale	POUCHET.
Hygiène	HAYEM.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.	LABOULBÈNE.
Clinique médicale.	STRAUS.
Maladies des enfants	G. SEE.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'en- céphale.	POTAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JACCOUD.
Clinique des maladies du système nerveux	PETER.
Clinique chirurgicale	GRANCHER.
Clinique des maladies des voies urinaires	BAILL.
Clinique ophthalmologique.	FOURNIER.
Clinique d'accouchement.	CHARCOT.
	TILLAX.
	LE FORT.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
	GUYON.
	PANAS.
	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires :

MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice :

MM. ALBARAN	MM. DELBET	MM. MARIE	MM. RICARD
ANDRE	FAUCONNIER	MAYGRIER	ROGER
BALLET	GAUCHER	MENETRIER	SCHWARTZ
BAR	GILBERT	NELATON	SEBILEAU
BRISAUD	GLEY	NETTER	TUFFIER
BRUN	HEIM	POIRIER, chef	VARNIER
CHANTEMESSE	JALAGUIER	des travaux	VILLEJEAN
CHARRIN	LEJARS	anatomiques	WEISS
CHAUFFARD	LETULLE	QUENU	
DEJERINE	MARFAN	REITTERER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE ET DE MA MÈRE

A MA FEMME, A MES SŒURS

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
M. LE PROFESSEUR P. TILLAUX

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
CHIRURGIEN DES HÔPITAUX
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A M. LE DOCTEUR RICARD

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX
PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A MES MAÎTRES

DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

A MES MAÎTRES

DE L'INSTITUT SUPÉRIEUR DE FLORENCE

INTRODUCTION.

Nous avons eu l'occasion d'observer dans le service de notre cher et excellent maître, M. le docteur Ricard, suppléant M. le professeur Verneuil à l'Hôtel-Dieu, un cas de prolapsus de l'utérus et du vagin pour un très volumineux kyste de l'ovaire. Vu la rareté de ce cas, M. le docteur Ricard nous engagea à faire sur ce sujet un travail d'ensemble. Les recherches auxquelles nous nous sommes livré, tant dans les littératures étrangères que dans la littérature médicale française, nous ont permis de réunir dix-sept cas ; en outre, nous nous sommes inspiré du mémoire que M. le docteur Boursier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux, a eu l'obligeance de nous communiquer.

Mais, avant d'aborder ce travail, nous ne saurions oublier le pieux devoir que la reconnaissance nous impose vis-à-vis des maîtres éminents qui nous ont guidé. Le souvenir de leur enseignement nous suivra dans les difficultés de la pratique médicale et nous trouverons dans l'exemple qu'ils nous ont donné une règle de conduite fidèle.

Que M. le docteur Ricard, notre excellent maître, nous permette de lui dédier cette étude : c'est lui

qui a attiré notre attention sur l'objet de cette thèse ; nous ne saurions trop lui exprimer la reconnaissance que nous lui gardons pour ses excellents conseils et pour le bienveillant intérêt qu'il n'a cessé de nous porter.

Que MM. les docteurs Boursier et Picqué veuillent bien agréer nos remerciements pour l'aimable obligeance avec laquelle ils se sont mis à notre disposition et pour les renseignements qu'ils ont bien voulu nous fournir.

Nous saisissons aussi cette occasion pour donner un témoignage particulier de notre reconnaissance à nos excellents amis MM. les docteurs L. Jullien, chirurgien de St-Lazare, Ch. La Saigne de Tournon, G. Barbézieux, médecin du Refuge-Ouvroir pour les femmes enceintes et Léon Harou, interne des hôpitaux, dont le concours sympathique nous a été d'une si grande utilité : nous les prions d'agréer nos remerciements et l'assurance de notre amitié.

C'est pour nous un devoir de consacrer un affectueux souvenir à nos maîtres dans les hôpitaux de Paris et à nos professeurs de l'Institut supérieur de Florence, qui nous ont guidé au cours de nos études médicales. Leurs conseils seront toujours notre plus fidèle guide dans notre carrière.

M. le professeur Tillaux a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, qu'il nous permette de lui adresser ici nos remerciements respectueux.

CHAPITRE PREMIER

Historique

Nous n'avons nullement l'intention, dans ce chapitre, de faire la bibliographie complète des prolapsus de l'utérus et du vagin; nous voulons seulement montrer que cette affection est rare dans les cas de kyste de l'ovaire, et que si quelques auteurs parmi les modernes en parlent, elle n'est véritablement étudiée et prise en considération que depuis fort peu longtemps, et depuis seulement que l'antisepsie est venue permettre au chirurgien d'apporter un remède efficace contre cette pénible infirmité.

M. le Dr A. Boursier, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Bordeaux, dans le travail qu'il a lu au dernier Congrès de Chirurgie tenu à Paris (Avril 1893), travail qu'il a bien voulu nous communiquer, dit que cette affection est rare, et qu'elle a fait le sujet de bien peu de travaux.

Nous avons lu les auteurs par lui indiqués et nous avons pu nous convaincre que ni de Sinéty (1), ni Emmet (2), ni Kœberlé (3), n'en font mention.

(1) de Sinéty. — Manuel pratique de Gynécologie et des maladies des femmes.

(2) Emmet. — La pratique des maladies des femmes.

(3) Kœberlé. — Article : Ovaire, in dictionnaire de Jaccoud.

» haut qu'à l'état normal, excepté toutefois à une
» période avancée de la maladie où l'utérus se
» trouve déprimé ou même en prolapsus. »

Scanzoni (1) écrit : « Si une cause quelconque
» pousse l'utérus de haut en bas, celui-ci repousse à
» son tour les parois du vagin et descend de plus
» en plus vers le détroit inférieur du bassin. »

Et plus loin, page 111, après avoir énuméré les causes qui donnent lieu le plus souvent au prolapsus de l'utérus, il ajoute : « Ou bien l'utérus était
» déplacé à la suite d'une pression prolongée agissant de haut en bas. La cause de cette pression
» était tantôt une masse considérable de liquide de la cavité abdominale, ou bien une tumeur ovarique volumineuse remplissant presque complètement l'abdomen et descendant jusque dans le
» bassin où elle était enclavée. »

Plus loin encore, page 367, nous lisons : « Lors-
» que la tumeur ovarique a atteint un volume considérable et que son développement ultérieur en
» avant et sur les côtés est arrêté par les parois abdominales incapables de se dilater davantage, elle
» repousse toujours plus bas les organes qui forment le plancher de la cavité abdominale et occasionne
» ainsi une descente ou un prolapsus de la matrice ainsi que du vagin. »

Enfin, à la page 375, il revient encore sur le même sujet et écrit : « Lorsque ces tumeurs sont très volu-

(1) Scanzoni. — Traité pratique des maladies sexuelles de la femme. Paris, 1838, p. 110.

» mineuses et remplissent presque complètement la
» cavité abdominale, le cul-de-sac vaginal, surtout
» dans sa portion postérieure, est déprimé, ainsi que
» la portion vaginale, et lorsque la pression exercée
» par ces tumeurs atteint un haut degré, il peut en
» résulter un prolapsus irréductible de l'utérus et du
» vagin, qui se développe d'autant plus facilement
» que le vagin, de même que les autres organes
» destinés à maintenir sa position, ayant, dans une
» période moins avancée de la maladie, subi une ten-
» sion, un allongement considérable, ne peut plus
» opposer la résistance nécessaire à la pression exercée
» par la tumeur. »

Aran (1), après avoir passé en revue les diverses causes de déplacements utérins, ajoute : « Des tumeurs
» enfermées dans la cavité abdominale, un kyste de
» l'ovaire par exemple, peuvent mettre l'utérus en
» antéversion ou en rétroversion ; et l'on a même
» vu des tumeurs solides de l'ovaire et bien plus encore
» une ascite, mettre l'utérus en prolapsus complet. »

Et plus loin, page 1053, il dit : « Dans certains
» cas plus rares encore, on a vu la tumeur (et il
» parle de kystes) presser de haut en bas sur l'utérus
» et le chasser en partie ou en totalité de la cavité
» pelvienne à travers la vulve. »

Boinet (2), dans son article du dictionnaire Ency-

(1) Aran. — Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus, 1858, p. 1037.

(2) Boinet. — Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales. Articles : Ovaires, 2^e série, T. XIX, p. 79.

clopédique, lorsqu'il parle des rapports du kyste avec l'utérus nous dit : « Au début, celui-ci encore l'abaisse, » il a pu le mettre en prolapsus complet et le repousser » jusqu'au dehors (Naumann). »

Plus loin il ajoute, après avoir montré l'évolution ultérieure du kyste : « Deux cas peuvent se présenter ; » ou bien la tumeur pénètre derrière l'utérus qu'elle » refoule en avant et en haut — ou bien encore la » tumeur se développe en avant de l'utérus et c'est » alors qu'elle s'appuie sur le fond de cet organe et » en détermine le prolapsus. »

Nous avons parcouru le livre du même auteur sur les maladies des ovaires sans pouvoir trouver aucun passage ayant trait au sujet qui nous occupe (1).

Olshausen (2), dans son traité des maladies des ovaires, indique lui aussi la possibilité en même temps que la rareté du prolapsus de la matrice dans les kystes ovariens. « Dans quelques rares cas, dit-il, » et presque seulement dans les grosses tumeurs, » surtout quand elles sont compliquées d'ascite, il » survient, par suite de l'accroissement constant de » la pression intra-abdominale, un prolapsus de » l'utérus et du vagin. La brièveté du pédicule » empêche le plus souvent cet accident. »

Enfin, S. Pozzi (3) dans son Traité de Gynécologie rapporte en quelques mots un fait personnel. On peut lire : « Enfin il est des cas où l'utérus est refoulé

(1) Boinet. — Loc. cit.

(2) Olshausen. — Die Krankheiten der Ovarien. Stuttgart, 1856, p. 156.

(3) S. Pozzi. — Traité de Gynécologie, 2^e édition, 1892, p. 752.

» en bas, en prolapsus: j'en ai observé un cas sur
» une malade qui a guéri après que j'eus pratiqué
» l'ovariotomie avec fixation du pédicule dans la
» plaie abdominale. »

A cette courte bibliographie classique, il convient d'ajouter les quelques cas que M. le Dr Boursier a pu recueillir dans différents journaux, ou qui lui ont été communiqués par leurs auteurs sans être encore dans le domaine public.

Ces observations sont au nombre de dix. Elles appartiennent à Heath, Duplay, Pozzi, Ashe, Terrier, Macan, Terrillon, Boursier, Demons et Picqué.

Nous y ajouterons sept observations, dont une inédite, ce qui portera à dix-sept le nombre de ces cas de prolapsus utérin dans les kystes de l'ovaire. Ces observations appartiennent à Brenœcke de Magdebourg, Olshausen, Schrœder, J.-B. Weit, Werth et la dernière, enfin, à notre maître, M. le Dr Ricard, qui a eu l'obligeance de nous la communiquer.

Nous donnerons ces observations au cours de notre travail et, autant que possible, d'après leur ordre chronologique. Nous indiquerons en même temps les ouvrages où on pourra les retrouver.

CHAPITRE II

Moyens de fixité de l'utérus.

Si nous écrivons ces quelques lignes sur la situation et les moyens de fixité de l'utérus, c'est qu'on s'est basé sur l'anatomie pour donner l'explication de la chute de la matrice, et par suite pour établir un mode de traitement.

L'utérus est situé normalement dans le petit bassin, et repose sur le plancher de ce petit bassin, le fond tourné vers la symphyse, le col, au contraire, regardant le coccyx.

Il est maintenu dans cette position par six ligaments appelés : ligaments larges, ligaments ronds et ligaments utéro-sacrés.

Mais s'il est vrai que ces ligaments maintiennent l'utérus dans sa situation normale, est-il permis de dire qu'ils en soient le support ?

Autre chose est être le tuteur d'un organe et en être le support.

Or, nous pensons avec la plupart des auteurs que les ligaments larges ne font que maintenir l'utérus sur la ligne médiane, tandis que les ligaments ronds l'empêchent de tomber en arrière.

Quant aux ligaments utéro-sacrés, s'ils soutiennent l'utérus, ils ne sont certainement pas les seuls supports de l'utérus, comme l'ont dit Siredey et Danlos (1), bien plus ils n'en sont pas le véritable support.

Ce support véritable, nous croyons qu'il faut le chercher ailleurs, et pour nous comme pour Martin (de Berlin) (2), comme pour Trélat (3), comme pour Duplay et Chaput (4), pour ne citer que ceux-là, c'est le périnée qui joue ce rôle important ; c'est le plancher du bassin. En effet, si les ligaments jouaient ce rôle, l'utérus serait immobilisé dans le petit bassin, ce qui n'existe pas.

Somme toute, nous disons que si l'appareil ligamenteux de l'utérus peut, dans certaines circonstances, retenir l'utérus, il n'en est vraiment que le tuteur, tandis que son support véritable se trouve dans le plancher du bassin.

(1) Siredey et Danlos. — Article utérus. — Dict. Jaccoud.

(2) Martin. — Traité des maladies des femmes.

(3) Trélat. — Cité par Témoin. — Contribution à l'étude des prolapsus génitaux. — Th. Paris, 89.

(4) Duplay et Chaput. — Archives de Médecine, 1889.

CHAPITRE III

Etiologie — Pathogénie

En lisant tous les auteurs que nous avons cités dans le chapitre précédent, on est frappé de l'accord qui règne entre tous pour admettre comme cause primordiale du prolapsus la pression intra-abdominale et les grossesses multiples avec accouchement plus ou moins laborieux.

La plupart de ces auteurs font intervenir, il est vrai, d'autres facteurs, tels que bassin large, évasé, constitution faible avec excès d'embonpoint. Nauche (1) signale déjà tous ces faits dès 1816.

Pour tous ces auteurs, les ligaments étirés, émaciés ne récupérerait point pour une cause ou une autre leur tonicité première ; de même le vagin élargi, la vulve forcée se prêterait à la descente de la matrice.

C'est là l'étiologie du prolapsus ordinaire, et quand cette infirmité succède à une tumeur abdominale, il faudrait voir dans la presse intra-abdominale, en même temps que dans l'étirement, l'émaciation de l'appareil ligamenteux, la cause de la chute utérine.

(1) Nauche. — *Maladies de l'utérus*, 1816.

D'une part, désorganisation de l'appareil ligamenteux, d'autre part, pression abdominale considérable et permanente, telles seraient les causes du prolapsus dans les tumeurs abdominales.

Plus tard, quand on a montré que les ligaments ne servaient point ou guère au soutien de la matrice, on a dit qu'en même temps que les ligaments s'éti-raient, le vagin perdait de sa tonicité, qu'il restait plus ou moins béant après l'accouchement; on a dit que le périnée lui aussi se laissait déprimer par la pression abdominale et qu'en s'affaissant il attirait l'utérus qui, à son tour, tombait plus ou moins bas.

En résumé, tous ces auteurs s'entendent pour ne faire intervenir que des causes mécaniques; ils ne s'occupent que des causes occasionnelles.

Et pourtant M. Boursier semble admettre autre chose, puisqu'il nous dit dans son mémoire : « De » leur étude, il résulte que ce prolapsus paraît tou- » jours dû à des causes mécaniques. »

C'est cette cause que nous voudrions mettre en lumière:

Si en effet il suffisait de la presse abdominale, de grossesses répétées, et plus ou moins laborieuses, pour produire un prolapsus de la matrice, on verrait souvent cette affection se produire; or, c'est l'exception.

En effet, dans tous les cas de kystes de l'ovaire, précédés de grossesse, qui ont été relatés, il en est onze seulement où le prolapsus a été bien observé,

et c'est à peine si les auteurs qui se sont occupés de la question mentionnent le fait.

D'autre part, il est des prolapsus qui se produisent sans presse abdominale, sans grossesses antérieures, puisque cette affection a été notée chez des vierges et même des jeunes filles.

Il faut donc admettre autre chose que la mécanique pour expliquer ces procidences utérines.

Aussi pensons-nous que dans ces cas de prolapsus utéro-vaginaux dans les kystes de l'ovaire, il faut chercher ailleurs que dans la mécanique l'explication de cette descente. Non pas que nous rejetions complètement l'influence de la presse abdominale, et surtout celle des grossesses répétées ayant amoindri le support de la matrice; nous voulons seulement dire que ces causes et principalement les premières, ne sont qu'accessoires, qu'occasionnelles si l'on veut, mais que la vraie cause primordiale, essentielle, réside ailleurs.

Mais alors quelle est cette cause? où réside-t-elle?

Eh bien, pour nous, cette cause sine quâ non réside dans l'individu lui-même. Il se produit du prolapsus utérin, parce que le sujet est prédisposé, parce que ses tissus sont flasques, parce que chez lui tout tend à tomber.

Chez ces malades, les chairs sont molles et flasques; Aran (1) l'a déjà noté : « Toutes ces femmes, dit-il, » étaient remarquables du reste par la mollesse et la

(1) Aran, loco citato, page 1038.

» flaccidité de leurs chairs. » La malade de M. Boursier était dans ce cas (Voir plus loin l'observation de M. Boursier).

Le ventre est quelquefois en bissac (observation de M. Ricard). On n'a signalé ni dilatation stomacale, ni rein mobile, ni varices, mais faut-il en vouloir aux observateurs d'avoir passé sous silence des signes qu'ils ignoraient ! A l'époque où la plupart de ces observations ont été publiées on ne connaissait pas le travail de Glénard (1), on ignorait à peu près complètement l'entéroptose dont on a étendu depuis le domaine.

En tout cas, il est regrettable que les auteurs plus près de nous n'aient point indiqué les faits pour ou contre ; et nous nous tiendrons fort satisfait si, par ce modeste travail, nous avons attiré l'attention de ce côté.

Pourquoi dès lors ne pas attribuer à cet état particulier, individuel, la plus grande part dans la chute de l'utérus, puisque les autres causes ne peuvent nous satisfaire complètement ?

On l'a bien fait pour le rein, pour le foie (2), pourquoi le refuser à l'utérus ?

Pour nous donc, les causes du prolapsus utérin tout simple que compliquent les kystes de l'ovaire, doivent se ranger en deux ordres bien distincts :

1° Les causes primordiales, nécessaires : la constitution faible, la faiblesse congénitale du plancher

(1) Glénard. De l'Entéroptose. Lyon médical, 1885.

(2) J. L. Faure. — L'appareil suspenseur du foie. L'hépatoptose et l'hépatopexie. — Thèse, Paris, 1892.

pelvien et la faiblesse consécutive à des accouchements antérieurs ;

2° La cause occasionnelle adjuvante : la pression intra-abdominale.

Dès lors, il nous devient facile d'expliquer l'évolution du prolapsus.

Nous sommes en présence de femmes prédisposées de par leur constitution aux ptoses. Chez elles, il ne faut que l'occasion pour qu'il y ait entéroptose, néphroptose, hépatoptose, etc., etc., mais cette occasion manque ; bien plus, ces organes, loin d'être menacés, vont être soutenus en quelque sorte par le développement d'une tumeur pelvienne ; cela du moins, pour ce qui est du rein, de l'estomac, du foie ; car on note sinon l'éventration tout au moins des parois ventrales flasques et molles.

Mais alors la tumeur qui, si on le veut, va empêcher les ptoses supérieures, va peser sur le plancher pelvien ; ce plancher pelvien, de par sa constitution congénitale, ne pourra résister, il va se laisser déprimer ; le vagin, dans sa portion postérieure surtout, suivra ce mouvement de descente et entraînera l'utérus. Un pas de plus, on aura : chute du vagin, de l'utérus, du rectum. On a noté également la procidence de la vessie, mais plus rarement. C'est que probablement le point le plus faible existe à l'endroit le plus déclive, c'est-à-dire au niveau de la vulve et du raphé ano-vulvaire.

Il se produit donc là ce que Hart (1) a appelé un prolapsus de faiblesse. D'ailleurs cette idée de la métroptose a déjà été signalée dans un travail sur les troubles viscéraux consécutifs et sur l'affaissement du plancher pelvien (2).

G. Pozzi (3) rappelle ce fait dans son traité de Gynécologie.

(1) Hart et Barbour. — Manuel de Gynécologie. — Traduction italienne, 1887.

(2) De Lostalob Bachoué. — Des troubles viscéraux consécutifs à l'affaissement du plancher pelvien chez la femme. Thèse de Paris, 1889.

(3) G. Pozzi. — Loco citato, p. 528.

CHAPITRE IV

Symptomatologie. — Marche. — Terminaison

L'étude clinique des prolapsus génitaux dans les kystes de l'ovaire n'offre aucune particularité intéressante. On assiste à l'évolution d'un prolapsus lent.

Ce qu'il y a de remarquable dans l'histoire de ces prolapsus, c'est qu'ils sont complets et même complexes le plus souvent. Complets, c'est-à-dire que la matrice a franchi la vulve; complexes, c'est-à-dire que le vagin, quelquefois le rectum, rarement la vessie, ont suivi ou bien ont accompagné l'utérus dans sa descente.

En dehors des signes propres à l'évolution des kystes de l'ovaire, et que nous n'avons point à rappeler ici, nous avons donc à décrire les signes auxquels on pourra reconnaître un prolapsus utérin.

Ces signes sont de deux ordres : Il y a en effet des signes fonctionnels et des signes physiques.

Dans le cas actuel, les signes fonctionnels n'ont qu'une importance secondaire, car ils se confondent avec ceux des kystes de l'ovaire : aussi ne ferons-nous que les mentionner. Ce sont de la fatigue

durant la marche, de la pesanteur au périnée, des tiraillements dans les reins et dans le bas-ventre.

D'ailleurs, nous le répétons, ces signes sont loin d'être pathognomoniques et on voit des femmes avec un prolapsus très-complet vaquer à leurs occupations journalières sans autres signes que de la pesanteur, de la gêne mécanique apportée par la tumeur ballottant entre les cuisses.

Les signes physiques fournis par la vue, la palpation et le cathétérisme sont beaucoup plus instructifs. Ils sont caractéristiques et permettent d'affirmer l'existence du prolapsus.

Si le prolapsus est au début, c'est la paroi vaginale postérieure qui apparaît la première à la vulve et seulement pendant les efforts. Elle est molle, flasque.

Plus tard l'utérus est entièrement prolabé, et on aperçoit une tumeur plus ou moins volumineuse piriforme, lisse, qui ballotte entre les cuisses de la malade. Le plus souvent, en arrière de cette tumeur, on en aperçoit une deuxième moins volumineuse, plus ou moins arrondie, plissée. C'est la paroi postérieure du vagin avec ou sans rectocèle que le toucher rectal fera facilement reconnaître.

Enfin d'autres fois, mais exceptionnellement, la paroi vaginale antérieure sera elle aussi prolabée et l'utérus se trouvera au milieu de deux masses molles, la rectocèle en arrière, la cystocèle en avant.

A la palpation, la tumeur utérine présente la forme d'un cylindre élastique, assez dur, tandis que la

rectocèle est molle, flasque, à moins que des matières fécales ne remplissent cette portion d'intestin.

Quant à la cystocèle, elle semble d'autant plus élastique que cette partie du réservoir urinaire contient plus de liquide.

Mais à tous les signes qui peuvent faire poser le diagnostic de prolapsus utérin vaginal, ceux fournis par le cathétérisme sont les plus précieux.

Ce moyen d'investigation permet de reconnaître l'utérus, d'en apprécier la longueur, la situation exacte.

C'est encore par le cathétérisme de la vessie qu'on se rendra compte du degré de cystocèle.

Le prolapsus utéro-vaginal, dans les kystes ovariens, est une affection lente à se produire, mais qui une fois en marche progressera fatalement jusqu'à la procidence complète.

Par elle-même cette infirmité n'est pas funeste et parfois même elle n'est qu'une gêne incessante pour la malade. Cependant on a cité des cas d'ulcération de la matrice prolabée, des gangrènes qui pouvaient hâter le dénouement fatal. Mais c'est l'exception et le pronostic fâcheux réside plus dans la présence de la tumeur ovarique que dans celle du prolapsus.

Ainsi donc, quand la mort survient, c'est du fait du kyste de l'ovaire et non pas du fait du prolapsus ; et on assiste au tableau final des kystes ovariens, compliqué par cette infirmité pénible, le prolapsus utéro-vaginal.

CHAPITRE V

Diagnostic.

D'après les signes que nous avons énumérés dans le chapitre précédent il est facile de reconnaître un prolapsus utéro-vaginal. Cependant il est quelques affections contre lesquelles il faut se mettre en garde pour ne pas commettre une erreur regrettable.

C'est ainsi qu'on ne prendra pas un prolapsus utérin pour un cas d'hermaphrodisme, ainsi que cela est arrivé, et comme le raconte Saviard (1). Nous lisons dans Churchill (2) : « Le docteur Dreval fut tout-à- » fait trompé dans le cas de Maria Lemarcis par la » ressemblance frappante qui existait entre le col de » l'utérus et le gland d'un homme. »

L'examen méthodique de la tumeur suffit à lui seul pour ne pas tomber dans une semblable erreur.

L'allongement hypertrophique du col utérin si bien étudié par Huguier (3) pourrait en imposer au premier

(1) Saviard. — Nouveau recueil d'observations chirurgicales. — Paris, 1702. — Obs. 15. Trouvée dans Churchill, in-loco citato, page 506.

(2) Churchill, in-loco citato, page 506.

(3) Huguier. — Mémoire sur l'allongement hypertrophique du col de l'utérus. — Paris, 1860.

abord pour une chute de la matrice ; mais le rapport des culs-de-sac vaginaux, et surtout le cathétérisme de la cavité utérine permettrait de séparer ces deux affections.

Un polype de l'utérus faisant hernie à travers la fente vulvaire pourrait encore faire croire à un prolapsus qui n'existe pas. Mais dans ce cas, la tumeur plus ou moins pédiculée sera reconnue comme appendue à la matrice ayant conservé les rapports normaux. De plus il sera impossible, sur cette tumeur, de rencontrer quelque chose qui rappelle le museau de tanche. Enfin cette tumeur pleine ne pourra être cathétérisée.

Le diagnostic des complications de la rectocèle ou de la cystocèle se ferait, comme nous l'avons déjà dit, par le toucher rectal ou bien par le cathétérisme de la vessie.

CHAPITRE VI

Observations

OBSERVATION I (Heath)

(Empruntée au mémoire de M. Boursier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux).

M. Heath, chirurgien anglais, a communiqué à la Société Pathologique de Londres, dans la séance du 6 décembre 1870, un cas de kyste de l'ovaire compliqué de chute de l'utérus. Il ne donne aucun renseignement sur la nature et les caractères du kyste: il note seulement que la chute de l'utérus s'était produite au mois d'octobre précédent, et que la réduction de cette procidence était très difficile, probablement à cause de l'existence du kyste. La malade mourut de pyélite chronique. Le prolapsus est donc là un des accidents ultimes de la maladie (1).

OBSERVATION II (Prof. Duplay).

Kystes multiloculaires des deux ovaires. Ascite.

La nommée E..., âgée de 41 ans, marchande, est entrée dans mon service à l'hôpital Saint-Louis, le 19 septembre 1879. Elle m'est adressée par le docteur Pasquier (d'Evreux). Réglée à 10 ans et demi, mariée à 22 ans, cette femme n'a jamais été

(1) Heath. — British medical journal, 1870, décembre, p. 669.

enceinte. Sauf une fièvre typhoïde dont elle a été atteinte à l'âge de 25 ans, elle a toujours joui d'une bonne santé.

Il y a dix-huit mois, les règles ont cessé de paraître, sans cause appréciable, et ne se sont plus jamais montrées depuis. A cette époque, la malade a été prise de dyspepsie, de vomissements, de constipation persistante, et en même temps le ventre a commencé à augmenter de volume, surtout du côté droit. Malgré un traitement par les drastiques et les diurétiques, le ventre a continué à se développer, au point d'empêcher la malade de prendre le moindre exercice. D'ailleurs des douleurs vives, augmentant par les mouvements, se montrèrent dès le début.

A l'entrée de la malade à l'hôpital, nous constatons un développement énorme de l'abdomen ; l'ombilic forme une saillie considérable ; les veines sous-cutanées sont largement dilatées ; matité absolue, excepté dans la partie la plus reculée des flancs, fluctuation évidente et dans tous les sens. La tension du ventre est telle qu'il est impossible de l'explorer profondément, et d'autre part l'existence d'un prolapsus complet de l'utérus avec cystocèle et rectocèle vaginale ne permet pas l'exploration par le vagin.

Je me borne à établir le diagnostic d'ascite en réservant de le compléter après une ponction. Celle-ci, pratiquée le lendemain à l'aide de l'appareil aspirateur, donne issue à 11 litres d'un liquide jaunâtre, citrin, non filant, ayant tous les caractères de la sérosité péritonéale.

Deux jours après, un nouvel examen permet de constater, outre une légère reproduction du liquide ascitique, la présence d'une énorme tumeur remplissant toute la moitié inférieure de l'abdomen et remontant sur la ligne médiane jusqu'à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Cette tumeur, entièrement mate, de forme assez exactement arrondie, présente une surface régulière uniforme. Elle est rénitente, vaguement fluctuante et paraît se déplacer assez facilement dans tous les sens.

Après avoir réduit l'utérus prolapsé, on constate par le toucher que l'utérus est volumineux, altéré dans sa forme ; il présente sur sa face postérieure un certain nombre de petites bosselures, très dures, de consistance presque fibro-cartilagineuse. Les mouvements imprimés à l'utérus sont transmis à la tumeur abdominale et réciproquement.

Le 28 septembre, je pratique une nouvelle ponction sur la ligne médiane à l'aide de l'appareil aspirateur, dans le but de reconnaître la nature de la tumeur. Cette ponction donne issue à 3 litres 1/2 d'un liquide verdâtre, foncé, très légèrement filant et collant aux doigts.

Deux jours après, une nouvelle exploration permet de reconnaître du côté de l'abdomen une portion de la tumeur dont la ponction a diminué le volume, mais qui conserve en partie ses caractères, donnant la sensation d'une masse polykystique. Par le toucher vaginal, on trouve toujours l'utérus très volumineux, il semble que le cul-de-sac postérieur soit occupé par une masse très dure hérissée de petites bosselures de consistance fibreuse, et en continuité immédiate avec la face postérieure du corps de l'utérus.

Le diagnostic fut donc ainsi définitivement établi : Kyste multiloculaire de l'ovaire (probablement droit), compliqué de corps fibreux utérins et d'ascite.

L'opération fut faite le 23 Octobre dans la maison de santé de l'avenue du Roule.

Après anesthésie complète, incision de 74 centimètres environ au-dessous de l'ombilic. Le péritoine, mis à nu, est ponctionné avec la pointe du bistouri, afin de donner issue au liquide ascitique dont il s'écoule environ 6 litres, puis le péritoine est largement ouvert dans l'étendue de la plaie abdominale. Ponction du kyste avec le gros trocart aspirateur donnant environ 6 litres de liquide.

La poche kystique, dont les parois sont extrêmement épaisses, est alors attirée à l'extérieur, mais elle présente de nombreuses

et solides adhérences, d'abord à la paroi abdominale antérieure, puis à une anse intestinale, enfin et surtout du côté du bassin. Celles-ci ne peuvent être détruites qu'après avoir préalablement divisé entre deux pinces la trompe qui se présente en avant de la masse. On énuclée alors, pour ainsi dire, la tumeur qui adhère solidement en arrière à l'excavation pelvienne et en avant à la face supérieure de la vessie.

La masse kystique étant enlevée, on trouve, remplissant l'excavation pelvienne et en partie la fosse iliaque droite, une seconde tumeur, grosse comme les deux poings, inégale, bosselée, surmontée à sa surface de petites excroissances verruqueuses, d'une extrême dureté, ne paraissant pas pédiculée et non mobile, C'est évidemment cette seconde masse polykystique qui avait été prise pour l'utérus chargé de corps fibreux.

Je procède immédiatement à l'énucléation de la tumeur qui adhère fortement, non seulement au bassin, mais encore à la vessie. Je parviens cependant, non sans difficultés, à détacher ces adhérences, et, en m'aidant d'un doigt introduit dans le vagin, je réussis à refouler la tumeur de bas en haut, à la dégager de l'excavation pelvienne et finalement à l'amener entre les lèvres de la plaie abdominale. Le pédicule, constitué par la trompe droite, est coupé au-dessus d'une ligature métallique placée sur une broche. On assure également la trompe gauche à l'aide d'une ligature métallique, et les deux trompes constituant un pédicule, en somme, médiocrement volumineux, mais assez court, sont liées ensemble. Une seule ligature perdue a été faite avec un fil de catgut sur une adhérence saignante.

Après la toilette du péritoine, la plaie est fermée par sept points de suture profonde, avec points superficiels intermédiaires. Pansement ordinaire, avec compression ouatée.

L'opération a duré deux heures.

Les suites ont été des plus simples ; le pouls ne s'est pas élevé au-dessus de 98, et la température n'a pas dépassé 38,4 durant les cinq premiers jours. La malade a à peine souffert ;

il n'y a pas eu de vomissements. A partir du cinquième jour, on commence à enlever les sutures. Les broches et les ligatures métalliques sont tombées spontanément le onzième jour. La malade a été à la garde-robe et a commencé à uriner seule le huitième jour. Enfin elle se levait le dix-huitième jour et sortait complètement guérie trente-trois jours après l'opération.

J'ai depuis reçu plusieurs fois de ses nouvelles ; sa santé générale est parfaite, elle a repris de l'embonpoint et des forces. Les règles n'ont pas reparu. Il est bon de noter que le prolapsus utérin, avec cystocèle et rectocèle vaginale, s'est trouvé complètement guéri par le fait de l'opération (1).

OBSERVATION III (D^r J. Pozzi).

Tumeur de l'ovaire. — Prolapsus utérin. — Fixation du pédicule ovarique à la plaie.

La nommée And..., 56 ans, journalière, entre le 18 avril 1882, salle Cochin, n° 27.

Santé antérieure excellente. Elle a eu plusieurs grossesses. Toujours bien réglée, mais ses règles ont cessé depuis six ans, au moment de son entrée à l'hôpital. Depuis un an, elle ressent de la pesanteur, des douleurs lombaires et périnéales. Il y a quelques mois, le prolapsus utérin apparut et augmenta toujours depuis cette époque. En même temps, le ventre devint plus volumineux et son volume continua à s'accroître graduellement, en déterminant en même temps des phénomènes de compression. Cet état s'est maintenu pendant 10 mois environ, sans que la malade ait jamais eu des nausées ou des vomissements.

Examen fait le 18 avril 1882. — Emaciation considérable, anorexie, dyspepsie, constipation opiniâtre, augmentation du

(1) S. Duplay. — Archives générales de médecine, 1879, vol. I. VIII^e série, p. 475.

volume du ventre, surtout à gauche. Percussion et palpation douloureuses.

Dureté et résistance des parois abdominales; fluctuation nette à la percussion, matité dans la fosse iliaque gauche. Prolapsus génital considérable; cystocèle, pollakiurie.

Une ponction fut faite le 25 avril et donna issue à 6 litres environ de liquide.

Le 8 mai 1882, M. le Dr Pozzi fait l'ovariotomie. Le kyste est accolé à la corne gauche de l'utérus, dans l'épaisseur du ligament large, et la trompe gauche est tout entière adhérente à la paroi antérieure sur laquelle elle est étalée. Ablation du kyste, fixation du pédicule dans l'angle inférieur de la plaie abdominale, afin de prévenir le retour du prolapsus génital. Suites opératoires excellentes. La malade sort de l'hôpital 25 jours après l'opération (1).

OBSERVATION IV (Ashe).

En 1883, le Dr Ashe adressa à l'Académie de médecine d'Irlande (séance du 27 avril), un cas de prolapsus causé par un énorme kyste de l'ovaire, et qu'il fait connaître à cause de la rareté de cette complication.

La malade, jeune Cinghalaise de petite taille, habitant à Candy, dans l'île de Ceylan, âgée de 26 ans, était atteinte depuis plus de trois ans d'un volumineux kyste de l'ovaire, qui remplissait tout l'abdomen. La distension du ventre était telle que la peau était partout tendue, lisse et brillante, la circonférence au niveau de l'ombilic atteignait 1 mètre 15. Le cœur était très faible, les jambes et les poumons œdématisés, la malade profondément cachectique. Deux mois avant que cette femme ait été présentée au Dr Ashe, elle avait vu

(1) Dumont. — Thèse de Paris, 1889. L'observation ci-dessus est le résumé de l'observation complète que M. le Dr Pozzi avait communiquée à M. Dumont.

commencer le prolapsus utérin, qui était devenu complet au moment de l'examen. Tout l'utérus était au dehors ; il y avait même deux petites ulcérations sur la surface de la tumeur prolabée. Malgré deux ponctions du kyste, qui avaient amené un affaissement considérable du volume du ventre, il fut toujours impossible de réduire le prolapsus par suite de l'adhérence d'une portion dure et solide de la tumeur aux parois de la cavité pelvienne. La malade mourut peu après de cachexie (1).

OBSERVATION V. (Brenœcke)

(Tumeur kystique de l'ovaire droit. — Prolapsus utérin. — Fixation du pédicule ovarique à la plaie.

Malade âgée de 72 ans, atteinte d'une vaste tumeur ovarienne du côté droit et souffrant d'un prolapsus utérin complet, occasionné par un énorme kyste qui s'étend profondément dans le bassin.

Le pédicule de l'ovaire enlevé du côté droit fut suturé à la plaie abdominale dans le but de guérir le prolapsus. Il se produisit dans l'angle inférieur de l'incision une légère suppuration qui se prolongea pendant quelques semaines : après que la suppuration eut cessé, la malade se porta très bien. Les sutures furent faites avec de la soie iodoformée (2).

OBSERVATION VI (Brenœcke).

Kyste dermoïde de l'ovaire gauche. — Prolapsus utérin. — Fixation des cornes utérines à la paroi abdominale.

Malade de 36 ans, opérée pendant l'hiver de 1885, atteinte d'un kyste dermoïde de l'ovaire gauche ayant les dimensions

(1) Ashe. — The Dublin journal of Medical Sciences, 1883. — T. II, p. 153. Observation empruntée au mémoire de M. le Dr Boursier.

(2) Kelly. — The american journal Obstetrics. — Janvier 1887, p. 44. — Il avait eu connaissance de cette observation au cours d'un entretien avec Brenœcke de Magdebourg. — Dumont, loc. cit.

d'une tête d'enfant; elle souffrait d'un prolapsus. L'opération fut très laborieuse : suture des deux cornes utérines à la paroi abdominale. Reproduction du prolapsus après quelques semaines.

OBSERVATION VII (Prof. Terrier).

Cette observation a été publiée par M. le prof. Terrier dans la Revue de Chirurgie (4^e série de 25 ovariectomies) : elle porte le n^o 83. Comme dans le cas de M. Duplay, c'est encore un fait de kystes des deux ovaires, dont l'un était enclavé dans le bassin, et qui s'accompagnaient d'une ascite, à la vérité peu abondante. Le volume du ventre était très considérable et la malade notablement affaiblie. Les dimensions énormes de l'abdomen et l'ascite avaient déterminé un prolapsus utérin qui se réduisit spontanément pendant l'opération de l'ovariectomie et qui se maintint réduit ultérieurement (1).

OBSERVATION VIII (Macan).

Cette observation se trouve dans les comptes-rendus de l'Académie de médecine d'Irlande. Celle-ci, malheureusement incomplète, a été communiquée par le docteur Macan dans la séance du 10 juin 1887. Une femme de 41 ans possédait depuis trois ans une tumeur ovarienne. Brusquement, le volume du ventre s'accroît à un tel point que la marche devient impossible. La distension abdominale avait été si grande que le vagin tout entier était complètement prolapsé et ne pouvait être remplacé, même quand la malade était au lit. L'ovariectomie démontra la présence d'une ascite gélatineuse considérable, due à la rupture d'une des loges d'un kyste multiloculaire de

(1) F. Terrier. Remarques cliniques sur une 4^e série de 25 ovariectomies. Revue de chirurgie, 1886, p. 174. Observation empruntée au mémoire de M. le docteur Boursier.

l'ovaire. L'auteur n'indique pas les suites de l'opération, ni au point de vue de la malade, ni au point de vue du prolapsus (1).

OBSERVATION IX (Olshausen)

Tumeur de l'ovaire. Prolapsus utérin. Hystéropexie complémentaire.

Vieille femme atteinte de prolapsus avec tumeur ovarienne (probablement kystique). Prolapsus considérable. Ovariectomie, suture du pédicule. Le fond de l'utérus était encore au-dessus de la symphyse dix-huit mois après l'opération, immédiatement derrière (2).

OBSERVATION X (Schroeder)

Dans son traité des maladies des femmes, Schroeder dit qu'il a plusieurs fois, à propos d'une ovariectomie, fixé à une grande hauteur, par des sutures, dans l'incision abdominale, l'utérus prolapsé. Il nous a été impossible de trouver de plus amples renseignements sur la pratique de Schroeder et les résultats de ses opérations (3).

OBSERVATION XI (J. R. Weit).

Tumeur de l'ovaire. Prolapsus concomitant. Ovariectomie. Suture du pédicule à la paroi abdominale.

Cette observation ne nous est connue que par son titre : elle est indiquée par Kelly (loc. cit.) et aurait été publiée en 1888 par le Dr Weit dans la *Pittsburg Medical Review*, vol. I, page

(1) Macan. The Dublin journal of Medical Sciences, 1887, t. II, p. 422. Observation empruntée au mémoire de M. le docteur Boursier.

(2) Olshausen. Über ventrale operation dei Prolapsus und Retroversio uteri, in *Centralblatt für Gynækologie*, n° 43, 23 octobre 1886, p. 698. Dumont, loc. cit.

(3) Schroeder. Maladies des organes génitaux de la femme, p. 216. Traduction Lauwers et Hertzog.

280, n° 11. Cette observation a été aussi citée par M. le D. Pozzi dans le Bulletin de la Société de Chirurgie, vol. XIV, page 944 (1).

OBSERVATION XII (Werth).

Tumeur ovarienne. Prolapsus concomitant. Hystéropexie.

M. le D^r Pozzi cite ce cas sans donner de plus amples détails (2).

OBSERVATION XIII (D^r Terrillon),

Kyste ovarique. Dégénérescence graisseuse de la paroi. Ascite.

La nommée P., Dorothée, concierge, âgée de 70 ans, entre le 19 janvier 1887 dans le service de M. le docteur Terrillon, salle Lallemand, n° 9.

Son père et sa mère sont morts de la poitrine; un frère et une sœur d'affections indéterminées. La malade a été réglée à 20 ans, mais les règles n'ont jamais été régulières; elles venaient tous les deux ou trois mois, et une fois même la malade n'a pas été réglée pendant six mois; malgré cela sa santé a toujours été bonne. Elle a eu 3 enfants qu'elle a nourris. Ménopause à 40 ans. La malade entre pour une énorme tumeur du ventre, elle raconte que la maladie a débuté de la manière suivante :

Il y a huit ans, le ventre a commencé à grossir et en 3 ou 4 ans il avait pris un volume assez considérable; il était alors gros comme le ventre d'une femme enceinte de six mois, dit-elle. Depuis cette époque le ventre a augmenté peu à peu sans que la malade éprouve de douleurs, mais il y a trois mois, au dire de la malade, le ventre a augmenté de volume

(1) Dumont. Loc. cit.

(2) Dumont. Loc. cit.

considérablement en très peu de temps et la santé s'est altérée ; la respiration fut gênée, la marche très pénible, ce qui a décidé la malade à entrer à l'hôpital de la Salpêtrière.

Etat actuel. — 20 février. — Le ventre est très dilaté, de forme ovoïde, à grand axe vertical ; le gonflement remonte très haut et les côtes sont refoulées en dehors. La cicatrice ombilicale est dépliée et forme une petite tumeur du volume d'une grosse noix. A la surface de la tumeur on aperçoit de grosses veines dilatées, principalement dans la partie gauche de l'abdomen ; la peau est lisse et luisante.

A la palpation, on trouve la paroi abdominale très tendue, la peau glisse sur la tumeur ; on sent une fluctuation très nette qui se transmet dans tous les sens.

A la percussion, matité absolue s'étendant sur la ligne médiane depuis la symphyse jusqu'à cinq travers de doigt de l'ombilic ; de chaque côté la matité descend dans les fosses iliaques. Tympanisme dans toute la région située entre l'appendice xiphoïde et la base du thorax en haut, se prolongeant latéralement sur tout le contour supérieur de la tumeur. Celle-ci détermine en outre des phénomènes de compression : la circulation des membres inférieurs est très gênée ; depuis 2 ou 3 ans les jambes sont enflées ; tantôt elles restent enflées une semaine ou quinze jours, puis désenflent et s'œdématisent de nouveau. La défécation n'est pas gênée, l'appétit est conservé.

La miction est gênée par suite d'un prolapsus utérin, et d'une cystocèle survenus chez la malade. La respiration est haletante : au moindre mouvement, comme pour descendre de son lit, par exemple, la malade est essoufflée. Les mouvements respiratoires sont accompagnés de gargouillement dans la cavité abdominale. Le pouls est régulier : les bruits du cœur ne sont pas bien frappés surtout au niveau de l'orifice aortique. Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine. Tout l'utérus est au dehors de l'orifice vulvaire ainsi qu'une partie de la

vessie. A la surface de cette tumeur formée par l'utérus et la vessie, qui a le volume du poing environ, on voit deux points exulcérés de la dimension d'une pièce de 50 centimes; à la partie antéro-inférieure se trouve le col utérin qui est très dilaté.

Le 26 Février, on fait une ponction sur la ligne médiane, au dessous de l'ombilic; issue de 4 litres de liquide un peu brun, visqueux. Le ventre ne se trouve pas beaucoup diminué en volume et la respiration n'est pas beaucoup améliorée; au moment où on retire la canule, il s'écoule par la plaie un jet de liquide ascitique fortement coloré par le sang. Pour arrêter cet écoulement on met une épingle sur la plaie avec un fil de soie.

Le 27, la malade a dormi toute la nuit, elle respire beaucoup plus facilement.

Le 10 Mars, ovariectomie faite par M. le Dr Peyrot, aidé de MM. les Drs Terrillon et Schwartz. Chloroformisation par M. Valat.

Incision de l'ombilic au ciseau; il s'écoule une grande quantité de liquide ascitique sanguin, la paroi abdominale est ouverte sur une étendue de 35 centimètres avec les ciseaux. Pas de ponction du kyste. Une adhérence en bas à la corne utérine, une adhérence en haut à l'épiploon; gros pédicule, on le lie avec trois gros fils de soie. Lavage du petit bassin et des flancs avec 10 litres d'eau bouillie. On fait treize sutures profondes. La durée de l'opération a été de 40 minutes.

Le kyste présente les caractères suivants : il est multiloculaire, formé d'une grande loge du volume d'une tête d'adulte et de plusieurs petites loges. Leurs parois sont très épaisses et la paroi de l'une d'entre elles est en dégénérescence graisseuse : le liquide du kyste renferme beaucoup de globules de graisse et de cholestérine (1).

(1) Gundelach. Thèse de Paris, 1887. Observation recueillie dans le service de M. le Dr Terrillon.

OBSERVATION XIV (D^r Boursier).

Kyste multiloculaire de l'ovaire gauche avec ascite gélatineuse. Prolapsus de l'utérus et de la paroi postérieure du vagin avec rectocèle. Ovariectomie. Guérison.

M^{me} F., âgée de 44 ans, mariée, mais n'ayant jamais eu d'enfants, a toujours joui d'une excellente santé jusqu'en 1888. A cette époque, elle commença à ressentir des douleurs dans les reins avec sensation de tiraillement et de poids dans le bas-ventre. Malgré le port d'une ceinture que je lui conseillais alors, sans avoir pu l'examiner, les douleurs continuèrent avec les mêmes caractères, et le ventre parut devenir plus dur, sans qu'elle eut constaté encore aucun accroissement de volume.

Les choses restèrent en l'état jusqu'au début de l'année 1891. A ce moment la malade s'aperçut qu'elle avait un début de chute vaginale, et comme cette procidence avait une tendance à s'accroître, elle fit appeler, en février 1891, un de nos confrères, qui l'examina, constata l'existence d'un prolapsus partiel de la paroi vaginale postérieure, sans abaissement marqué de l'utérus et prescrivit un pessaire Dumontpallier. Grâce à cet appareil, la chute vaginale fut momentanément arrêtée, les douleurs de reins qui depuis quelque temps s'accompagnaient d'irradiations douloureuses vers l'anus s'améliorèrent et la marche devint plus facile. Mais ce soulagement ne fut que de courte durée, et quelques mois plus tard (avril 1891), la malade eut recours à un autre médecin. Celui-ci constata l'augmentation de la procidence vaginale, et de plus, un certain degré d'abaissement de l'utérus avec rétroversion marquée. Il découvrit en outre que la malade portait dans le flanc gauche une tumeur indolore et mobile, peu développée, et pensa à un néoplasme de l'intestin. Il déconseilla toute intervention chirurgicale, et comme la malade se plaignait de constipation, de dyspepsie et de flatulence, il se borna à lui prescrire quelques cachets de pepsine et de purgatifs répétés.

Sous l'influence de ce traitement, il y eut un peu d'amélioration, et le gonflement du ventre, survenu depuis quelque temps et que M^{me} F... attribuait à la dyspepsie, sembla diminuer. Ce n'était là qu'une apparence, car, peu après, les phénomènes reprirent leur marche lentement progressive. L'accroissement du ventre s'exagéra insensiblement, mais il n'y eut aucun incident nouveau jusqu'au mois de juin 1892.

A ce moment, en quelques semaines, tous les symptômes s'accusent. Le volume du ventre s'accroît rapidement, mais sans douleur ; la chute du vagin s'exagère à tel point que pour pouvoir marcher, la malade est obligée de maintenir entre ses jambes une serviette qui comprime et contienne sa tumeur vaginale. Bientôt, en août 1892, le pessaire est définitivement abandonné, car il ne peut plus tenir en place. De plus, à mesure qu'il est plus volumineux, le ventre semble devenir moins résistant et plus mou. La marche est douloureuse, et la malade, qui exerce la profession de repasseuse, ne peut bientôt presque plus travailler.

Cet état persiste jusqu'au début de cette année, où je fus de nouveau appelé.

A mon premier examen, je trouve M^{me} F... que je n'avais pas vue depuis plusieurs années, notablement amaigrie. La figure est émaciée, les traits tirés, mais le regard est excellent. Elle n'a jamais eu de fièvre, jamais d'œdème des jambes, et à part quelques troubles dyspeptiques déjà signalés, quelques douleurs intestinales qu'elle attribue à sa constipation, bien que celle-ci ait un peu diminué, son état général est excellent. Elle n'a jamais eu de troubles urinaires, ses urines, d'aspect normal, ne contiennent ni sucre, ni albumine. Enfin la menstruation est toujours restée régulière.

Le ventre est extrêmement volumineux, arrondi, pointant en avant et présente à peu près l'aspect d'une grossesse à terme. A la palpation je constate une paroi abdominale très

tendue, avec une vascularisation veineuse assez développée, pas d'œdème.

Dans toute la région sous-ombilicale existe une fluctuation très nette, très large, très superficielle, qui prouve l'existence d'un épanchement ascitique assez considérable. Une palpation profonde, rendue plus difficile par l'état de tension des parois, permet de reconnaître la présence d'une tumeur abdominale à peu près médiane, mobile, dont on ne peut délimiter exactement les dimensions et qui semble flotter au milieu du liquide. Cette tumeur donne très nettement la sensation de ballottement.

A la percussion, on trouve dans toute la région sous-ombilicale une matité absolue, limitée par une ligne concave en haut et se prolongeant dans les flancs. Au-dessus existe la sonorité abdominale habituelle. Mais, fait important, et déjà signalé dans certains cas, le son de matité ne se déplace pas dans les différentes positions.

Du côté des organes génitaux je trouve un prolapsus vaginal très considérable, la paroi vaginale postérieure fait au dehors de la vulve une saillie arrondie de huit à dix centimètres. Le toucher rectal démontre que le rectum est en partie entraîné. L'utérus est fortement abaissé, le col affleure à l'orifice vulvaire. La paroi vaginale antérieure n'a subi presque aucun entraînement et le doigt introduit dans le cul-de-sac antérieur permet de constater qu'il n'y a pas de cystocèle. Tout ce prolapsus génital est assez facilement réductible, mais il ne reste pas réduit et se reproduit immédiatement même dans la position horizontale. Le toucher vaginal pratiqué pendant que l'utérus est maintenu réduit démontre qu'il n'y a aucune connexion entre cet organe et la paroi abdominale.

Comme l'abondance de l'ascite et la distension des parois du ventre empêchent d'apprécier exactement les caractères de la tumeur, je propose une ponction abdominale pour pouvoir faire un examen plus complet.

Cette ponction est pratiquée le 24 janvier et donne issue à neuf litres passés d'un liquide jaunâtre, épais, filant, gélatineux, ayant tout-à-fait l'aspect d'un liquide de kyste ovarien. D'ailleurs, l'analyse pratiquée par notre collègue et ami Denigès, professeur agrégé de chimie, démontre que cette analogie est complète : on trouve en effet, dans ce liquide, 18 gr. 50 de matières albuminoïdes par litre, presque entièrement composées de paralbumine. Le résidu sec n'est cependant que de 26 gr. 60 pour mille, chiffre inférieur à celui des liquides ovariens.

La ponction, peu douloureuse par elle-même, est suivie de phénomènes un peu inquiétants : dans la journée, la malade souffre beaucoup du ventre et pendant deux jours elle a des vomissements alimentaires assez multipliés, puis tout rentre dans l'ordre. — Dans les quelques jours qui suivent, le liquide se reproduit avec assez de rapidité, et trois semaines après environ, le ventre a repris le volume qu'il avait avant la ponction.

Avant cela, j'avais pu pratiquer un examen complet de la tumeur. Elle était irrégulièrement arrondie, mobile, transversalement située au-devant de la colonne vertébrale, débordant surtout sur le côté gauche. Sa surface est lisse, mais un peu inégale. Elle est absolument mate et la palpation y révèle une fluctuation très nette, principalement en haut et à gauche. Elle n'a absolument aucune relation avec l'utérus.

De tous les symptômes ci-dessus énoncés, j'avais à peu près conclu que j'étais en présence d'un kyste de l'ovaire multiloculaire avec ascite gélatineuse. Cependant, les caractères de ce liquide pouvaient laisser quelques doutes et faire croire aussi à la possibilité d'un grand kyste de l'ovaire contenant une partie aréolaire solide qui flotterait dans la poche principale.

Mon confrère et ami Eug. Monod, appelé en consultation pour éclaircir ce doute, confirma mon premier diagnostic. Nous conclûmes ensemble, vu l'excellent état général de la malade, que l'extirpation rapide de la tumeur était absolument indiquée.

L'ovariotomie ainsi décidée et acceptée fut pratiquée le 11 mars 1893, avec l'aide des docteurs Eug. Monod et Lacharrière.

L'incision des parois abdominales donna issue à une quantité de liquide ascitique jaune, épais, gélatineux, en tous points semblable à celui qui avait été retiré par la ponction, que l'on peut évaluer à huit litres environ. Vu sa consistance et son adhérence, son évacuation complète spontanée est difficile et, pour l'obtenir, nous sommes obligés d'aspirer avec un appareil Dieulafoy toutes les portions du liquide qui restent dans les parties déclives du bassin.

On aperçoit alors le kyste, ovalaire, un peu irrégulier de forme et nettement multiloculaire. Une cavité beaucoup plus grande que les autres et située à sa partie antéro-supérieure est ponctionnée avec le trocart de Kœberlé. Le liquide, absolument incolore, de consistance colloïde et ressemblant à de la glycérine épaissie, ne peut sortir par le trocart; il s'écoule en bavant autour de l'instrument. Le kyste est alors attiré entre les lèvres de la plaie et largement incisé pour permettre l'évacuation de son contenu.

La tumeur, ainsi diminuée de volume et constituée surtout dès lors par une masse aréolaire, ne présente qu'une adhérence très lâche et vasculaire avec la paroi abdominale, à peu près au niveau du point où a été faite la ponction de l'ascite. Cette adhérence, sectionnée entre deux ligatures, la tumeur est rapidement amenée au dehors. Elle est développée aux dépens de l'ovaire gauche: son pédicule assez large et peu épais est sectionné après avoir été étreint par une double ligature en chaîne avec de la soie stérilisée. La section du pédicule est touchée au thermo-cautère.

Avant de refermer le ventre je pratique une toilette péritonéale très minutieuse avec des compresses de gaze stérilisées à l'autoclave. On trouve encore, malgré tous nos soins, une certaine quantité de liquide ascitique dans les culs-de-sac péritonéaux et surtout dans la cavité de Douglas.

Une suture péritonéale en surjet au catgut et deux plans de suture au crin de Florence ferment la plaie qui est recouverte d'un pansement iodoformé. L'opération a duré un peu plus d'une heure.

Les suites furent des plus simples : les vomissements chloroformiques, peu abondants, se répétèrent pendant près de deux jours. La menstruation parut à la fin du quatrième jour. Il n'y eut aucune fièvre. Le seul incident à noter fut une constipation assez opiniâtre qui nécessita plusieurs purgatifs. Les sutures ont été enlevées le 12^{me} jour et la malade a commencé à se lever le lendemain.

Nous devons ajouter, en insistant sur ce point, que le prolapsus utéro-vaginal réduit au moment de l'opération ne s'est pas reproduit. Ni les efforts de défécation répétés et très énergiques, ni la marche n'ont amené jusqu'à ce jour aucune reproduction de la procidence, qui, avant l'opération, constituait pour la malade une gêne de tous les instants (1).

OBSERVATION XV (Prof. Demons)

Une femme âgée de 51 ans entre à la maison de santé protestante de Bordeaux, le 27 Mai 1890, pour un kyste multiloculaire de l'ovaire datant environ d'un an. Elle avait en même temps un prolapsus de l'utérus avec cystocèle vaginale dont elle s'était aperçue depuis 4 à 5 mois et qui augmentait progressivement. L'ovariotomie est pratiquée le 4 Juin et, en même temps, le chirurgien fait l'hystéropexie abdominale par le procédé Terrier. La malade a guéri et le prolapsus ne s'est jamais reproduit (2).

(1) L'observation ci-dessus de M. le Dr Boursier, professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux, est complète et a été lue par lui au dernier Congrès de Chirurgie (avril 1893). — Il a bien voulu nous communiquer son mémoire et nous l'en remercions vivement.

(2) Boursier, loc. cit.

OBSERVATION XVI (M. Picqué).

Nous regrettons vivement de ne pouvoir citer que le résumé du cas très intéressant de M. le docteur Picqué, chirurgien des hôpitaux. Ce résumé est emprunté au mémoire que M. le docteur Boursier a bien voulu nous communiquer et qu'il a lu au dernier Congrès de chirurgie (1893, avril).

La malade de M. Picqué était atteinte depuis un temps déjà long d'un kyste végétant avec ascite simple très abondante ; elle avait, en outre, un prolapsus utérin complet. En faisant l'ovariotomie, M. Picqué pratiqua, lui aussi, l'hystéropexie abdominale. La malade guérit.

OBSERVATION XVII (Dr Ricard, inédite).

Très volumineux kyste de l'ovaire, avec prolapsus utéro-vaginal.
Ovariectomie et colpo-périnéorraphie consécutive. — Guérison.

La nommée G..., Marie, couturière, âgée de 27 ans, vient du département du Morbihan pour être opérée à l'Hôtel-Dieu d'une volumineuse tumeur du ventre.

La malade s'est aperçue depuis six ans que son ventre grossissait progressivement : ses règles disparurent à peu près à la même époque ; cependant, jusqu'à il y a sept mois, la santé s'était maintenue parfaite sans fièvre ni douleur. A ce moment, la malade commença à être gênée en respirant, la marche devint difficile et le médecin de son pays pratiqua une première ponction qui donna issue à 49 litres de liquide séreux. Une deuxième ponction, faite trois mois plus tard, donna issue à 20 litres de liquide ; deux mois après, une troisième ponction retira à peu près la même quantité de liquide. — Après ces dernières ponctions, d'après le dire de la malade, le ventre restait volumineux.

Aujourd'hui l'on constate que l'abdomen est distendu au

point de refouler le thorax en haut et de proéminer en bas presque jusqu'au niveau de la rotule. Quand la malade est assise, son ventre vient toucher le sol ; la paroi abdominale est très œdématisée à la partie inférieure ; la palpation fait reconnaître une légère couche ascitique et une tumeur irrégulièrement sphérique de consistance inégale, à surface irrégulière et manifestement fluctuante par places. Le ventre mesure d'une épine iliaque antérieure à l'autre, 1 mètre 10 centimètres ; de l'appendice xiphoïde au pubis 94 centimètres. La malade est très amaigrie et la partie supérieure du corps est réduite à l'état squelettique ; les membres inférieurs sont œdématisés et, entre les cuisses, on voit sortir une masse charnue formée par l'utérus et le vagin prolapsés. Il y a peu de rectocèle, mais la cystocèle est considérable.

Opération le 19 juillet 1892. — Anesthésie au chloroforme. — Laparatomie sus-ombilicale (la partie sous-ombilicale de l'abdomen descendant au-dessous du pubis). — Incision de 30 centimètres, évacuation de 20 litres de liquide ascitique. Le kyste est multiloculaire et adhérent par toute sa partie supérieure au grand épiploon, au côlon transverse ainsi qu'à la paroi abdominale. — Ponction de deux énormes poches contenant chacune 15 à 20 litres de liquide filant, blanchâtre : extraction du kyste, ligature du pédicule, suture de la paroi abdominale à un seul plan. — Le poids des parties solides était de 15 kilos.

Les suites de l'opération furent des plus simples. L'utérus et le vagin, qui avaient été réduits à la fin de l'intervention, restent dans la cavité abdominale maintenus par un tamponnement iodoformé.

Les fils sont enlevés le huitième jour (27 juillet), mais la paroi abdominale est flasque, plissée et retombe au devant du pubis. La malade se lève le 20^e jour mais le prolapsus se reproduit immédiatement. Elle est remise au lit et, le 27 août

(c'est-à-dire 38 jours après l'opération) M. Ricard pratique une colpo-périnéorrhaphie avec large colporraphie antérieure. La malade est maintenue trois semaines au lit, conservée huit jours en observation, puis elle repart dans son pays complètement guérie de sa tumeur et de son prolapsus. La paroi abdominale est encore épaissie et plissée, mais cependant elle a déjà subi une grande rétraction et elle se maintient assez facilement par une ceinture abdominale.

CHAPITRE VII

Traitement

Avant d'aborder l'étude du traitement, nous résumerons brièvement, pour les dix-sept observations citées, les actes opératoires auxquels on a eu recours pour la réduction du prolapsus et les résultats obtenus.

Il n'y a eu intervention que dans quinze cas, deux malades (cas de Heath et Ashe) étant mortes avant l'opération.

Sur les quinze cas opérés, il y en a six pour lesquels nous n'avons pu trouver aucun renseignement au point de vue des suites opératoires relatives à la reproduction ou non du prolapsus utéro-vaginal (Brænøcke, Macan, Schrøder, Weit, Werth et Terrillon).

Dans les neuf autres cas, la réduction du prolapsus a été obtenue: quatre fois spontanément au cours de l'ovariotomie (Duplay, Pozzi, Brænøcke et Boursier), quatre fois par l'hystéropexie immédiatement après l'ovariotomie (Olshausen, Terrier, Demons et Picqué), une fois par la colpo-périnéorrhaphie consécutive pratiquée trente-neuf jours après l'ovariotomie

(M. Ricard). Dans ce dernier cas, très intéressant, M. Ricard ne fit pas l'hystéropexie : la paroi abdominale ayant été démesurément distendue (au point que le ventre, avant l'opération, touchait le sol quand la malade était assise), il était impossible, chez une femme encore jeune, de prévoir quelle pourrait être la rétraction des tissus après l'opération. M. Ricard eut recours à la colpo-périnéorraphie pour guérir le prolapsus et obtint un résultat parfait.

Les conséquences opératoires de ces neuf interventions ont été excellentes, le prolapsus ne s'étant reproduit qu'une seule fois (Brenœcke).

Les indications opératoires que nous allons conseiller dérivent de ce que nous avons écrit sur l'étiologie des prolapsus utéro-vaginaux dans les hystes de l'ovaire.

Nous avons dit que cette affection était surtout due à une faiblesse congénitale du plancher pelvien ainsi qu'à une faiblesse consécutive à des grossesses répétées, aidées par la pression intra-abdominale : cette dernière, dans le cas particulier, étant représentée par un kyste ovarique uni ou multiloculaire avec ou sans ascite.

La première indication sera donc de supprimer la cause occasionnelle, c'est-à-dire d'enlever la tumeur ovarienne. Cette intervention à elle seule peut déjà donner d'excellents résultats, comme nous le prouvent les cas de MM. Duplay, Pozzi, Brenœcke et Boursier. Nous croyons cependant que l'on devra en outre faire l'hystéropexie au cours de l'ovariotomie, pourvu que les parois abdominales offrent une résis-

tance suffisante : elle ne complique en rien l'opération principale ni les suites opératoires et augmente les garanties, pour le chirurgien et pour la malade surtout, contre la non reproduction du prolapsus. MM. Terrier, Demons et Picqué ont bien compris cette indication et ont obtenu d'excellents résultats.

Ce n'est pas là cependant la seule indication. Si le prolapsus est complet et complexe, si le périnée est flasque et sans résistance, l'ovariotomie avec hystéropexie ne suffirait pas à prévenir, nous ne disons pas le prolapsus utérin, mais la procidence du vagin.

Si donc, plusieurs semaines après la première intervention, la réduction de l'utérus et du vagin ne s'est pas maintenue, nous croyons qu'il faudra avoir recours à une opération complémentaire, à la colpo-périnéorrhaphie, soit postérieure, soit antérieure avec tel procédé qui paraîtra devoir donner les meilleurs résultats au chirurgien.

Nous ajouterons enfin qu'à notre avis cette deuxième intervention pourra, suivant les indications particulières, être complétée par l'opération d'Alexander, l'amputation du col ou autres interventions dirigées contre le prolapsus utérin.

CONCLUSIONS

Arrivé à la fin de ce modeste travail, nous croyons pouvoir formuler les conclusions suivantes :

I. — Les prolapsus utéro-vaginaux sont très rares dans les kystes de l'ovaire.

II. La cause principale de ces prolapsus réside dans la constitution individuelle, dans la faiblesse congénitale du plancher pelvien et dans une faiblesse consécutive à des accouchements antérieurs.

III. — La pression intra-abdominale ne joue qu'un rôle secondaire dans la production des procidences.

IV. — Les moyens thérapeutiques à opposer à cette affection doivent toutefois s'adresser à ces deux facteurs : par suite, pour être complète, l'intervention devra comprendre deux temps :

1° Ovariectomie avec hystéropexie si les parois abdominales offrent une résistance suffisante ;

2° Colpo-périnéorraphie si, plusieurs semaines après la première intervention, la réduction de l'utérus ne s'est pas maintenue.

V. — Cette deuxième intervention pourra, suivant les indications particulières, être complétée par l'opération d'Alexander, l'amputation du col ou autres interventions dirigées contre le prolapsus utérin.

Vu par le Président de la Thèse,
M. TILLAUX.

Vu :
Le Doyen
Dr BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- DE SINÉTY. — Manuel pratique de gynécologie et des maladies des femmes.
- EMMET. — La pratique des maladies des femmes.
- KOEBERLÉ. — Article : Ovaires. — Dictionnaire de Jaccoud.
- COURTY. — Traité pratique des maladies de l'utérus.
- SEGOND. — Article : Tumeurs de l'ovaire. — Encyclopédie internationale de Chirurgie.
- LAWSON-TAIT. — Traité des maladies des ovaires.
- SPENCER-WELL. — Tumeurs de l'ovaire.
- SIMS. — Chirurgie utérine. — Traduction Lhéritier, 1866.
- W. ROSER. — Pathologie chirurgicale spéciale, 1870.
- A. GUÉRIN. — Leçons cliniques sur les maladies des organes génitaux internes de la femme, 1878.
- SCHROEDER. — Maladies des organes génitaux de la femme. — Traduction française.
- MARTIN. — Traité clinique des maladies des femmes.
- CHURCHILL. — Traité des maladies des femmes. — Traduction française, 1866.
- SCANZONI. — Traité pratique des maladies sexuelles de la femme, 1838.
- ARAN. — Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus, 1838.
- BOINET. — Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales. — Article : Ovaires.
- OLSHAUSEN. — Die Krankheiten der Ovarien. Stuttgart, 1836.
- S. POZZI. — Traité de gynécologie, 2^e édition, 1892.
- SIREDEY et DANLOS. — Article : Utérus. Dictionnaire de Jaccoud.
- TÉMOIN. — Contribution à l'étude des prolapsus génitaux. Thèse de Paris, 1889.

- DUPLAY et CHAPUT. — Archives de Médecine, 1889.
- NAUCHE. — Maladies de l'utérus, 1816.
- GLÉNARD. — De l'entéroptose. — Lyon Médical, 1883.
- J.-L. FAURE. — L'appareil suspenseur du foie. L'hépatoptose et l'hépatopexie. — Thèse de Paris, 1892.
- HART et BARBOUR. — Manuel de gynécologie. — Traduction italienne, 1887.
- LOSTALOB-BACHOUÉ. — Des troubles viscéraux consécutifs à l'affaissement du plancher pelvien chez la femme. — Thèse de Paris, 1889.
- SAVIARD. — Nouveau recueil d'observations chirurgicales. — Paris, 1702 (Churchill).
- HUGUIER. — Mémoire sur l'allongement hypertrophique du col de l'utérus, 1860.
- HEATH. — British Medical journal, 1870.
- DUMONT. — Thèse de Paris, 1889.
- ASHE. — The Dublin journal of Medical sciences, 1883.
- KELLY. — The american journal Obstetrics, 1887.
- TERRIER. — Revue de Chirurgie, 1886.
- MACAN. — The Dublin journal of Medical sciences, 1887.
- OLSHAUSEN. — Centralblatt für Gynækologie, 1886.
- GUNDELACH. — Thèse de Paris, 1887.
-

